

座長：木村健二郎（JCHO東京高輪病院 院長）
中原 博子（JCHO九州病院 診療放射線技師長）

BSP2-1 「JCHO 共通の医療安全に係る
重点報告基準」に係る現状及び課題について

JCHO 本部 企画経営部 医療課 医療安全専門職
松浦 真理子

医療安全の充実に図り安全文化を醸成することは安全安心な医療を提供するために重要な要素である。安全文化の要素については、ジェームズ・リーズンが「報告する文化」「正義の（公正な）文化」「柔軟な文化」「学習する文化」の4つをあげており、「報告する文化」は安全文化を構築するための基盤と言える。

医療安全における報告については、一般に、インシデント・アクシデント報告総数が病床数の4~5倍以上であること、医師からのインシデント・アクシデント報告件数が報告総数の10%以上であることが望まれている^{*}が、JCHOの各病院では、そのいずれについても達成していない病院が多数あった。（※名古屋大学医学部附属病院 長尾能雅氏）

JCHOでは、平成29年度より「JCHO共通の医療安全に係る重点報告基準」を設定し、JCHOの全ての病院で、インシデント・アクシデント報告総数を実動病床数の4倍以上とすること、医師からの報告件数が増加することを目標に取り組んでいる。この取組に係る現状を報告するとともに、重点報告基準の5項目の「重大疾患（癌病変、脳梗塞、心筋梗塞、大動脈瘤、脳動脈瘤等）について、後方視的に見た場合、標準的には確認できた（見落とし、見過ごし）事例」に焦点を当て、JCHO病院における実態及び本部の取組並びに課題等について述べる。

＜JCHO共通の医療安全に係る重点報告基準 共通5項目＞

1. 院内急変（院内緊急招集等）事例
2. 24時間以内に再手術した事例（予定していたものを除く。）
3. 中心静脈穿刺に関連した合併症（動脈穿刺、気胸等）に係る事例
4. 重大疾患（癌病変、脳梗塞、心筋梗塞、大動脈瘤、脳動脈瘤等）について、後方視的に見た場合、標準的には確認できた（見落とし、見過ごし）事例
5. 同定に係る誤認の事例（手術、検査、処置、診察、検体、記録等）

BSP2-2 画像診断報告書の
確認不足に関する現状と課題

JCHO 四日市羽津医療センター 診療放射線技師長
吉田 亘孝

画像診断報告書の主治医の確認不足により、重大疾患の診断遅れとなった医療事故が以前に比べて多くの医療機関から報告されている。日本医療機能評価機構の報告では、2015年から約3年間で、全国から37件の事故が報告されており、潜在的なインシデント事例を含めると全国で多発していると考えられる。昨年度は、厚生労働省より2回目の注意喚起が行われ、早急な対策を必要とする深刻な問題となっている。事故の事例は、主治医が画像診断報告書を一度も見えていないというものが最も多く、紙カルテ時代には報告書が紙として主治医の目につくところに存在したが、電子カルテでは、一定の作業を踏まないと見られないという主治医の自発的な行為が必要となっていることが原因の1つと考えられる。また報告書は見ているが、目的部位以外（主治医の専門外）の記載内容を見ていないといった事例もある。事故が発生した医療機関からの対策として、主治医による報告書の確認の徹底、報告書の患者さんへの説明の徹底、既読の記録、重要所見の放射線科医から主治医への連絡の徹底、電子カルテの既読管理システムの導入、報告書の記載様式の改良などが報告されている。

今回、当院でも脊椎を目的としたCT検査において、遠隔画像診断支援システムによる放射線科医により発見された目的部位以外である肝臓の重要病変に対して、主治医が報告書を確認していなかった為にそれを認識することがなく、その後のカンファレンスにて気が付いたという事例を報告する。また、全JCHO病院の放射線部に協力をいただき、アンケート調査を行い、画像診断報告書の流れや規模が違う各病院のシステム、読影方法（遠隔読影利用の有無）、ヒヤリハット事例数、未読対策の現状について調査し、これらの情報を共有し、有効的な対策を推奨することで、JCHO各病院の画像診断報告書の未読問題に対する更なる対策の強化に役立てたいと考える。

座長：木村健二郎（JCHO東京高輪病院 院長）
中原 博子（JCHO九州病院 診療放射線技師長）

BSP2-3 画像診断報告書の取り扱いと
見落とし・見過ごしへの対策

JCHO九州病院 副院長
上村 哲郎

画像診断報告書の見落としや見過ごし事案への対策には、様々な見解がなされ、施設規模が異なるため未だ根本的解決を見ていない。

【画像診断報告書の取り扱い】

昨今の「報告書を患者へ手渡す」という対策は問題ないのであるか？ほとんどの患者側は大量の医療情報を正確に咀嚼しきれず、渡した報告書が独り歩きしかねない。そもそも報告書は“読影医から依頼医へ”記載されているもので、患者目線を意識していない。さらに経時的に取り置かれた報告書を患者側が後方視的に解釈すれば齟齬が生じ、“後の基準で前を裁く”こととなる。これらを考慮すると読影医のストレスたるや如何ばかりか？また、報告書提供は法的にカルテ部分開示と解釈され、将来自らの首を絞めかねない。

【見落とし・見過ごしの原因と対策】

最も多いエラーは、(1) 画像検査→(2) 報告書の確認→(3) 患者への説明の流れの中で、報告書作成までに時間的なズレが生じるため、(2) より先に(3) が行われ、依頼医自らが読影を行い、後の報告書を確認しないことである。これには、工程のどこかにリマインド・システムを組み込む必要がある。また、依頼医のコミュニケーション不足による伝達不良に対しては、チーム医療として上級医を含めた複数医への報告書出力が必要となる。

【当院における現状】

575床、常勤放射線科医7名、1年間のCT・MRI撮像33,606件の全てに報告書が作成される。電子カルテ上で依頼医が報告書を参照すると自動記録される仕組みがあるものの、あくまでも依頼医の自覚と責任のもとに成り立っている。依頼目的からは予期せぬ悪性腫瘍や緊急対応疾患が読影された場合、読影医が個々の判断で、依頼医あるいは診療科長へPHS・eメール・電子カルテ付箋機能など用いて早急に通知する。ただ、未読のままの報告書を洗い出す取り組みはなく、管轄とマンパワーの点でも今後の課題である。また、当院では画像診断書は提供しない方針である。

BSP2-4 当院における
病理診断報告書未確認事例の
対策と課題
～多職種による取組みを試みて～

JCHO人吉医療センター 臨床検査部 主任臨床検査技師
(前医療安全管理室 統括リスクマネージャー)

永井 香代子

【緒言】近年、画像診断報告書の確認不足から悪性疾患への対応が遅れ、患者に不利益を及ぼす事例が多数報告されているが、病理診断報告書においても同様の事例が発生している。当院でも病理診断報告書の未確認事例を経験し、多職種による取組みを試みた。

【事例】入院患者の上部消化管内視鏡検査を施行し生検を行った。退院後に病理診断報告書が出たが、主治医はその内容を確認しなかった。後日、診療情報管理士が事務処理中に病理診断報告書が未確認であることに気づき発覚した。

【対策】医師の病理診断報告書未確認を防止するために、病理検査を行った患者に病理診断報告書を渡すこととした。また、未確認を発見するために、病理検査システムで病理診断報告書の確認及び印刷が実行されているかを把握できるように改良し、病理検査担当検査技師により定期的に病理診断報告書の進捗状況の確認を行うこととした。更に、診療情報管理士によるがん登録チェックを6ヶ月毎に実施し、患者への説明や治療状況を確認することで病理診断報告書の未確認がないかのチェックを行うこととした。

【課題】病理診断報告書未確認事例に対する対策を実施後、当院では同様事例の発生はないが、病理検査システムで未確認の報告書が発見した場合のフィードバックする手順が確立されていない。また、悪性腫瘍の進行度を考慮し、診療情報管理士によるがん登録チェックを3ヶ月毎に行うことが望ましいが業務調整が困難である。

【考察】病理診断報告書の未確認対策を医師のみに講じるのではなく、システムの活用（病理診断報告書を確認したか）と患者への対応（患者及び家族への説明や治療）のチェック体制を多職種の業務工程に組み込み、チーム医療として取組むことが望ましいと考える。